

THÈSE 277

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jean COULON

Né le 2 Octobre 1886 à Laborie de Saint-Germain (Lot)

De la ligature de la Carotide externe CHEZ LE VIVANT

PROCÉDÉ MORESTIN

Président : M. le Professeur HARTMANN

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr'). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

—
AVRIL 1911

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jean COULON

Né le 2 Octobre 1886 à Laborie de Saint-Germain (Lot)

De la ligature de la Carotide externe
CHEZ LE VIVANT

PROCÉDÉ MORESTIN

*Président* : M. le Professeur HARTMANN

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

AVRIL 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX
BRINCEAU	GRÉGOIRE	LÉRI
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT
COUVELAIRE	TINE	OKYNCZYC
		OMBREDANNE
		PROUST
		RATHERY
		RETTERER
		RICHAUD
		ROUSSY
		ROUVIÈRE
		SCHWARTZ
		SICARD
		TERRIEN
		TIFFENEAU
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

décrivons d'après les données classiques et une dizaine de dissections que nous avons faites à l'amphithéâtre de l'hôpital civil de Versailles, la région occupée par l'artère. C'est la portion sus hyoïdienne de la région carotidienne.

Puis, passant en revue les points de repère qu'on a successivement indiqués, nous tâcherons de montrer que lorsqu'on veut faire isolément la ligature de la carotide externe, le ventre postérieur du muscle digastrique est le guide le plus sûr. Pour finir nous relaterons quelques observations de cette ligature, dues à l'obligeance de notre maître M. Morestin.

Indications de la ligature

Malgaigne et les chirurgiens de son époque qui, les premiers s'attaquèrent au tronc de la carotide externe, le firent uniquement pour arrêter le développement des anévrysmes, ou faire l'hémostase dans des cas de blessure artérielle. Actuellement, les indications de cette ligature sont plus étendues. Elle peut n'être qu'un détail de la vaste dissection qu'exige l'extirpation des ganglions du cou dans les cancers de la face ou de la cavité bucco-pharyngienne. Mais on la pratique aussi isolément : très souvent on lie cette artère pour faire l'hémostase d'une façon préventive dans toutes les opérations importantes qui intéressent son territoire : Résection du maxillaire supérieur ou inférieur, extirpation de la parotide, des tumeurs du pharynx, du palais, de la région ptérygoïdienne, de la langue. On la lie encore, et cette ligature constitue même toute l'intervention dans des cas d'anévrysmes, de tumeurs érectiles et surtout de cancers ino-

pérables dont on espère arrêter le développement en diminuant leur irrigation sanguine et leur nutrition. M. Morestin, dans un rapport au congrès français de chirurgie de l'année 1908 a même préconisé cette ligature, jointe ou non à la sympathicectomie, dans des cas de névralgie faciale.

Anastomoses du réseau de l'artère carotide externe

Cette opération ischémianté qui apporte des modifications frappantes, mais, hélas ! temporaires dans l'évolution des tumeurs malignes, ne trouble pas sensiblement la vitalité des tissus sains. Après cette ligature, même lorsqu'elle est bilatérale, les plaies se cicatrisent rapidement et même les opérations d'autoplastie réussissent aussi parfaitement que s'il n'existait aucune entrave à la circulation. Cela est dû à la richesse des anastomoses qui unissent la carotide externe aux autres artères de la tête et du cou.

D'abord, des anastomoses extrêmement nombreuses unissent les branches d'une même carotide externe entre elles.

Parmi les anastomoses qui unissent les branches d'une carotide externe à celles de la carotide externe du côté opposé, les principales sont entre : 1° les terminaisons de l'artère linguale; 2° les artères coronaires

labiales, branches de la faciale ; 3° les artères occipitales ; 4° les deux branches antérieures et postérieure de la méningée moyenne.

Les autres artères dont le réseau communique avec celui de la carotide externe sont la sous-clavière, la vertébrale et la carotide interne.

De l'artère sous-clavière à l'artère carotide externe le sang passe : 1° par les anastomoses qui, à travers les muscles de la nuque, unissent les rameaux de l'artère cervicale transverse superficielle, branche de la sous-clavière, aux rameaux de l'artère occipitale, branche de la carotide externe ; 2° par celles qui existent, à l'intérieur du corps thyroïde, entre les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures.

Les anastomoses avec l'artère vertébrale, très peu importantes, sont fournies d'une part par les rameaux osseux des artères occipales branches de la carotide externe, d'autre part par les rameaux méningés issus de la vertébrale.

C'est avec l'artère carotide interne que ces communications présentent le plus d'intérêt : l'artère faciale ou maxillaire externe, devenu l'angulaire de la face se termine en s'anastomosant à plein canal, avec une branche de l'artère ophthalmique. A l'intérieur des nombreuses cavités de la face et du crâne, les branches des deux carotides secondaires s'épanouissent en réseaux communs établissant entre elles d'innombrables anastomoses. Toutes ces communications mettent l'artère carotide externe en relation avec

l'hexagone de Willis qui devient ainsi le grand régulateur de la circulation non pas seulement du cerveau, mais aussi de toute la tête.

Cette richesse extraordinaire d'anastomoses qui permet de lier sans danger les deux carotides externes n'est pas sans présenter des inconvénients. On sait que dans les cas de blessure de la carotide externe il faut chercher les deux bouts qui saignent également.

C'est pour obvier au retour trop rapide de la circulation qu'on a imaginé d'exciser la carotide externe et de lier ensuite ces branches (JACOBSON). C'est pour la même raison que pour une opération qui ne doit intéresser qu'un seul côté de la face ; il faut aussi, si l'opération est trop étendue, lier l'artère carotide de l'autre côté.

Anatomie de la portion sus-hyoïdienne de la région carotidienne

La portion opératoire de l'artère carotide externe s'étend de la bifurcation de l'artère carotide primitive qui forme son origine, à son passage entre les deux muscles du bouquet de Riolan, le stylo-hyoïdien d'un côté, le stylo-glosse de l'autre côté. On ne peut songer pour la ligature, à étudier le segment de l'artère carotide externe supérieur à son passage entre les muscles styliens. Sa recherche sous la parotide ou à l'intérieur de cette glande, ne pourrait se faire sans toucher aux rameaux du facial, dont la paralysie serait une complication grave et bien inutile, puisque, dans cette partie de son trajet, l'artère n'émet aucune branche importante.

Dans sa première portion opératoire, l'artère occupe la partie supérieure sus-hyoïdienne de la région sterno-mastoïdienne, dite encore région carotidienne.

Au-dessous de l'os hyoïde, la loge carotidienne

présente la forme d'un prisme triangulaire dont la paroi interne est formée par l'œsophage et la trachée flanquée des muscles sterno-cleido-hyoïdien et sterno-thyroidien et des lobes du corps thyroïde; la paroi postérieure, par les apophyses transverses des vertèbres cervicales recouvertes des muscles scalènes; la paroi antéro-externe par le muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Au niveau et au-dessus de l'os hyoïde, dans la région qui nous occupe, les parois de la loge ne sont plus disposées de la même façon.

La paroi postérieure reste sensiblement la même.

Du côté interne, se trouve le pharynx, présentant à ce niveau le muscle contracteur moyen. La grande corne de l'os hyoïde fait saillie à la limite inférieure de cette région, appliquée contre la paroi pharyngienne. Immédiatement au-dessous est la membrane crico-thyroïdienne et le cartilage thyroïde avec le bord supérieur des lobes du corps thyroïde.

Le sterno-cleido-mastoïdien, se dirigeant obliquement en arrière, n'occupe plus que la face externe. Mais le bord antérieur du muscle mince, étalé par l'aponévrose cervicale superficielle qui le renferme dans son dédoublement, est tiré en avant par une solide bandelette aponévrotique et relié à l'angle de la mâchoire, recouvrant ainsi le paquet vasculaire (RICHEL). Plus haut, sous le bord antérieur de ce muscle sterno-mastoïdien descend le ventre postérieur du muscle digastrique qui croise sa direction.

En avant, il n'y a pas de paroi nettement formée. L'angle du maxillaire et la glande sous-maxillaire cachent les vaisseaux, mais leurs rapports sont éloignés. Deux muscles croisent en avant le paquet vasculaire et pourraient être considérés comme constituant cette paroi antérieure. Ce sont le muscle stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du muscle digastrique. Vu l'importance de ces muscles pour le sujet qui nous occupe, je vais en donner une description très détaillée empruntée au traité d'anatomie de Poirier :

« Le ventre postérieur du digastrique naît de la
« rainure digastrique en partie par implantation di-
« recte de fibres charnues, en partie par des fibres
« tendineuses, beaucoup plus nombreuses en dedans
« qu'en dehors. Ces fibres constituent un corps mus-
« culaire aplati de dehors en dedans, qui descend
« obliquement en bas, en avant et en dedans. Elles
« se jettent sur la face interne d'un demi cône tendi-
« neux qui se condense bientôt en un tendon cylin-
« drique. Celui-ci continue d'abord la direction du
« corps charnu, puis se réfléchit au niveau de l'os
« hyoïde, après lequel il s'aplatit de nouveau pour
« donner naissance aux fibres charnues du ventre
« antérieur...

« Ce ventre postérieur du digastrique répond en
« avant à la loge parotidienne et prend part à la cons-
« titution de la paroi postérieure de cette loge. En
« arrière, d'abord contigu à la colonne vertébrale et à

« l'apophyse transverse de l'atlas, il s'en écarte peu
« à peu, se portant en avant. En dehors, il est recou-
« vert par le petit complexus, le splénus et le sterno-
« mastoïdien. En dehors, il répond à l'origine des
« muscles styliens et sur un plan plus éloigné, à la
« jugulaire interne et à la carotide. » Je préciserai da-
vantage ce dernier rapport.

« Le muscle stylo-hyoïdien situé en avant et un peu
« en dedans du digastrique naît de la partie externe
« de la base de l'apophyse styloïde par un tendon,
« qui, d'abord cylindrique, s'épanouit bientôt en un
« cône, de la surface interne duquel naissent les
« fibres charnues. Celles-ci constituent un corps mus-
« culaire qui augmente peu à peu de volume, se diri-
« ge en bas, en avant et en dedans, et vient se termi-
« ner sur un petit tendon aplati. Ce tendon se dédou-
« ble pour laisser passer le tendon intermédiaire du
« digastrique et vient se terminer sous la face externe
« de l'os hyoïde ou de l'extrémité antérieure de la
« grande corne. »

« A la face profonde du muscle, se trouve le liga-
ment stylo-hyoïdien jaunâtre, très court, volumineux
chez l'enfant, allongé et atrophié chez l'adulte. »
(SÉBILEAU).

Ces deux muscles réunis en bas, à leur insertion
hyoïdienne, sont un peu distants en haut. Mais ils
sont reliés par un prolongement de l'aponévrose sty-
lo-pharyngienne qui va jusqu'à l'aponévrose cervicale
superficielle. Cette aponévrose forme ainsi la paroi

postero inférieure de la loge parotidienne et s'épaissit même en dehors pour donner la bandelette maxillaire. Cet ensemble des muscles styliens et de l'aponévrose peut être considéré comme constituant une sorte de toit incliné sous lequel les carotides secondaires, abandonnées par le muscle sterno-cleido-mastoïdien, viennent s'abriter. Ce toit ne recouvre de la loge carotidienne que la portion occupée par ces artères.

En arrière et en dedans, cette loge se continue à travers l'espace, décrit par M. Sébilleau sous le nom d'espace sous glandulaire postérieur, jusqu'à la base du crâne où pénètrent la plupart des organes qu'elle renferme.

Maintenant que nous savons comment est formée cette partie sus-hyoïdienne de la région carotidienne passons à l'étude de son contenu.

L'artère carotide primitive se bifurque normalement au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. L'artère carotide interne continue sa direction, tout en décrivant des flexuosités qui lui font faire le tour de la carotide externe. L'artère carotide externe est contenue à sa naissance dans une gangue fibreuse qui l'unit à l'interne et est située en dedans de celle-ci. Bientôt elle s'en écarte un peu. L'interne se dirigeant en haut et en dedans tandis que l'externe monte en avant et en dehors, celle-ci finit par devenir antérieure et externe par rapport à celle-là. Dans ce trajet, les artères d'abord situées en arrière du muscle digastrique, s'en approchent, le longent et s'engagent

sous lui pour pénétrer dans la loge parotidienné. Cet engagement se fait un peu au-dessus du niveau de l'angle de la mâchoire. L'artère carotide externe passe entre les muscles stylo-hyoidiens, en dehors, styloglosse, en dedans. La carotide interne située plus près du pharynx traverse le diaphragme stylien entre les muscles stylo glosse et stylo pharyngien. Il n'est pas intéressant pour nous de savoir que la carotide primitive présente à sa bifurcation un renflement qui s'étend quelquefois sur ses deux branches. La présence du corpuscule intercarotidien dans la gangue fibreuse qui sépare les deux artères ne nous importe pas davantage. Voici le point capital. Tandis que l'artère carotide interne n'émet normalement aucun rameau dans son trajet cervical, l'artère carotide externe fournit toutes les branches qui concourent à l'irrigation de la langue, de la face, de la nuque et d'une partie du cou.

Voici la description de la partie de ces artères comprise dans la région qui nous occupe.

L'artère thyroïdienne supérieure naît au niveau ou un peu au-dessus de la bifurcation de la carotide primitive. Elle peut aussi naître de la carotide primitive ou d'un tronc commun avec la linguale. Elle se porte d'abord transversalement en avant et légèrement en bas. Après un trajet de 5 à 10 millimètres, elle fait un coude pour se diriger presque verticalement en bas vers le lobe correspondant du corps thyroïde dans lequel elle se termine. Elle est appli-

quée directement contre la paroi pharyngée et le cartilage thyroïde. Le nerf laryngé supérieur qui croise sa direction passe entre elle et le pharynx.

L'artère lingale naît de l'artère carotide externe près de la grande corne de l'os hyoïde, généralement à 1 centimètre au-dessus de l'artère thyroïdienne supérieure. Elle se porte en haut et en dedans recouverte par le ventre postérieur du digastrique, le nerf grand hypoglosse et la veine linguale. Dans ce trajet, elle passe tantôt au-dessus, tantôt en avant de l'extrémité terminale de la grande corne de l'os hyoïde. Plus loin, elle atteint le bord postérieur du muscle hypoglosse sous la face profonde duquel elle s'engage.

L'artère faciale ou maxillaire externe part de la face antérieure de la carotide externe, à quelques millimètres au-dessus de l'origine de l'artère linguale, parfois au même point que celle-ci ou par un tronc commun. Elle se place au-dessus de la veine linguale qui lui est presque parallèle et du nerf grand hypoglosse, au-dessous des muscles digastrique et stylo-hyoïdien sous lesquels elle s'engage bientôt.

L'artère palatine inférieure ou ascendante, généralement branche de l'artère maxillaire interne, peut aussi naître du tronc de la carotide externe. Elle passe sous les muscles styliens, appliquée contre la paroi pharyngée.

L'artère pharyngienne ascendante naît de la face interne et postérieure, au voisinage de l'origine de la

faciale et de la linguale. Elle s'applique au pharynx dès son origine et ne le quitte plus.

L'artère occipale naît de la face postérieure de la carotide externe, à peu près au même niveau que la linguale et la faciale, le plus souvent en regard de cette dernière. C'est elle qui reste le plus longtemps dans la région. Elle se dirige obliquement en haut et en arrière. Dès sa naissance, elle vient au contact de la veine jugulaire interne qu'elle longe sur plus de un centimètre. Entre la veine et l'artère s'insinue le nerf grand hypoglosse qui se réfléchit autour de l'occipitale pour se porter en bas et en avant. Puis l'artère s'engage sous le bord inférieur du ventre postérieur du digastrique et suit sa face profonde jusqu'à ses insertions.

L'artère auriculaire postérieure naît de la face postérieure de la carotide externe, à quelques millimètres au-dessus de l'origine de l'artère occipitale, au niveau du point où la carotide externe passe sous le ventre postérieur du digastrique.

Elle vient parfois d'un tronc commun avec l'occipitale. L'artère auriculaire postérieure se dirige en haut et un peu en arrière suivant le bord supérieur du muscle digastrique, appliquée à la face externe du muscle stylo-hyoïdien.

Au-dessous de l'os hyoïde, la veine jugulaire interne est accolée à la face externe de la carotide primitive, et, quelquefois, lorsqu'elle est très distendue, empiète sur sa face antérieure jusqu'à la recouvrir

complètement. Au-dessus de l'os hyoïde elle s'éloigne des carotides secondaires et va occuper l'angle postérieur et interne de la loge. Elle reçoit les veines faciale, linguale, pharyngienne inférieure et thyroïdienne supérieure. Il est bien rare qu'elles s'ouvrent isolément dans la jugulaire interne ; presque toujours elles se fusionnent à leur terminaison en deux ou trois troncs diversement combinés.

Voici la disposition le plus souvent rencontrée : Le tronc originel et le tronc linguo-facial qui souvent par adjonction de la veine hyroïdienne supérieure devient le tronc thyro-linguo facial. C'est une ampoule de 5 millimètres de long sur 7 à 8 de large qui débouche dans la jugulaire au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde à 25 millimètres au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Ce point est un véritable confluent veineux, le confluent hyoïdien de la veine jugulaire interne.

Cette ampoule est située en avant de la bifurcation de la carotide primitive et les veines qui par leur réunion contribuent à sa formation, sont aussi sur un plan antérieur, superficiel par rapport à leurs artères. Nous n'étudierons de ces veines que la portion située dans la région qui nous occupe.

A la face, la veine maxillaire externe est située en arrière de l'artère. Au niveau de la glande sous-maxillaire, elle chemine dans l'épaisseur de l'aponévrose qui recouvre la face superficielle de cette glande, tandis que l'artère plus profonde chemine sous

l'aponévrose. Lorsqu'elle abandonne la glande, elle n'a qu'un court trajet de quelques millimètres pour arriver au confluent hyoïdien.

La veine linguale n'est pas non plus à côté de son artère. Tandis que celle-ci est située sous la face profonde du muscle hyoglosse, la veine accompagnée du nerf grand hypogosse glisse sur la face superficielle du même muscle. Elle passe sous le ventre postérieur du degastrique, au-dessus de l'extrémité terminale de la grande corne de l'os hyoïde et rejoint la veine faciale. Il convient d'ajouter que deux veines plus petites, dites veines linguales profondes, accompagnent l'artère dans tout son trajet, elles se rendent aussi à l'ampoule.

La veine thyroïdienne supérieure est satellite de l'artère correspondante. Elle naît de la partie supérieure de la glande thyroïde. Son tronc unique se dirige en haut et en dehors, croise ordinairement la carotide primitive et se jette dans le tronc linguo-facial.

Deux petites veines pharyngées supérieures accompagnent l'artère du même nom et vont se jeter dans la veine faciale.

Une autre veine importante de cette région est la communicante intra-parotidienne qui relie la veine jugulaire externe à la veine jugulaire interne. Les veines temporales, maxillaire interne, occipitale, auriculaire se réunissent dans la loge parotidienne en un confluent parotidien pour former la veine jugulai-

re externe qui va devenir superficielle. La veine anastomotique part précisément de ce confluent, traverse horizontalement ou obliquement l'extrémité inférieure de la glande parotide et, passant tantôt en dessous, tantôt en dessus du ventre postérieur du digastrique, se jette dans la veine faciale près de son embouchure, plus rarement dans la veine jugulaire interne elle-même. (LAUNAY. Thèse 1896.)

Tout ce réseau veineux est tendu devant les artères de la région. Il est plus ou moins développé suivant les sujets, suivant les entraves que les anomalies congénitales ou les modifications pathologiques provoquent dans la circulation des veines jugulaires. Lorsque ces branches veineuses sont très distendues on conçoit qu'elles puissent apporter une entrave considérable à l'opération.

Deux gros troncs nerveux sont surtout à considérer dans cette région. Le nerf pneumogastrique descend accolé à la face interne de la veine jugulaire interne. Il se place au fond de l'interstice qui sépare cette veine de la carotide interne d'abord, puis de la carotide primitive. Ces trois organes sont réunis par du tissu fibreux très dense dans une gaine commune.

Le nerf grand hypoglosse, d'abord appliqué lui aussi contre la face interne de la veine jugulaire interne, émerge bientôt entre cette veine et l'artère carotide interne, puis chemine sur la face antérieure de celle-ci. Au niveau de la grande corne de l'os hyoïde

il change de direction, devient horizontal et croise la face antéro-externe de l'artère carotide externe. Le nerf continue son trajet en décrivant un axe pour se diriger en dedans, en haut et en avant. Il accompagne d'abord l'artère linguale, passe comme elle au dessus de la grande corne de l'os hyoïde, puis s'accrole à la veine linguale, séparé de l'artère par les fibres du muscle hyoglosse. Sur la face antérieure de la carotide interne il émet un rameau, dit branche descendante de l'hypoglosse, qui longe en avant la carotide interne, puis la carotide primitive.

Un autre filet nerveux de la région est le nerf laryngé supérieur qui, accolé à la paroi du pharynx court en avant et en bas croisant de près l'artère carotide externe.

Ajoutons que de tout petits filets nerveux issus du grand sympathique enlacent les vaisseaux artériels.

Le système lymphatique de la région présente le plus grand intérêt. A l'état normal, on ne distingue pas les ganglions lymphatiques, ils ne sauraient gêner pour la ligature. Mais à l'état pathologique, dans la plupart des cas où le chirurgien doit intervenir, ces ganglions s'hypertrophient et modifient les dispositions anatomiques. La chaîne carotidienne dans sa partie sus hyoïdienne présente deux groupes ganglionnaires :

Un groupe externe, peu important, placé en arrière et en dehors de la veine jugulaire interne dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure les branches du

plexus cervical profond, reçoit les vaisseaux lymphatiques du segment postérieur de la tête et de la partie supérieure de la nuque.

Un groupe interne repose sur la veine jugulaire interne ou est immédiatement adjacent à son bord externe. Ces ganglions sont allongés dans le sens vertical et se disposent en une chaîne parallèle à la jugulaire. Certains de ces ganglions ont une position assez fixe, on en trouve toujours un ou deux placés immédiatement au dessous du ventre postérieur du digastrique, au dessus de l'embouchure du tronc thyrolinguo-facial. Ces derniers ganglions sont l'aboutissant principal des lymphatiques de la langue. Lorsqu'ils s'hypertrophient, ils recouvrent les autres organes, ou bien les refoulent devant eux, les éloignent les uns des autres et modifient leurs rapports.

En résumé, la loge carotidienne dans sa partie sus-hyoïdienne contient des organes très nombreux et très importants, tous ou presque tous vont passer comme à un carrefour au niveau de la bifurcation carotidienne. Plus haut, ils se dispersent. La grosse veine jugulaire interne et les nerfs se portent en arrière et en dedans. Les carotides secondaires restent en avant et en dehors et, au niveau de l'angle du maxillaire, l'artère carotide externe devient le plus superficiel de tous ces organes qu'on trouvait réunis à la hauteur de l'os hyoïde. Nous allons voir de quelle manière on peut utiliser ces dispositions.

Etude des différents repères

Les premiers opérateurs qui s'attaquèrent à la carotide externe avaient appris au paravant à lier la carotide primitive. Ils trouvaient celle-ci, sous le bord antérieur du muscle sternomastoïdien, au point d'élection, au-dessous de sa bifurcation. Il leur parût tout simple d'aller chercher la carotide externe un centimètre plus haut au-dessus de la bifurcation. Cette technique opératoire n'avait rien de précis. GUYON, le premier, dans un mémoire important de l'année 1864, appelant l'attention sur l'utilité et la facilité de la ligature de l'artère carotide externe, qu'on n'avait pratiquée jusque là que 23 fois avec succès (d'après son mémoire), régla un mode opératoire particulier et indiqua l'anse du nerf grand hypoglosse comme point de repère. Voici d'ailleurs ses conclusions :

« La portion horizontale de l'anse nerveuse de
« l'hypoglosse fournit un rapport constant avec la
« carotide externe qui lui est perpendiculaire.

« Ce nerf se trouve dans presque tous les cas au
« niveau du bouquet des collatérales et plus particu-
« lièrement au niveau de l'origine de la linguale.

« Ce nerf, une fois découvert, on peut à coup sûr
« tomber sur la carotide externe qu'il sera d'ailleurs
« facile de dénuder, si l'on veut placer la ligature un
« peu au-dessous de l'origine du bouquet des collaté-
« rales, ou aller à la recherche de la thyroïdienne
« supérieure pour y appliquer un fil. »

Les chirurgiens se rangèrent à l'avis de Guyon sur l'utilité de la ligature de l'artère carotide externe, mais n'acceptèrent pas son procédé. A RICHET, dans son article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, paru en 1867, déclare que ce point de repère peut être utile dans certains cas, mais qu'il faut bien se garder de chercher ce nerf pour arriver ensuite plus sûrement à l'artère. Cette dernière étant beaucoup plus facile à découvrir d'emblée que le nerf.

De même FARABEUF, dans son merveilleux PRÉCIS DE MANUEL OPÉATOIRE, après avoir reconnu l'utilité de ce point de ralliement, ajoute : « Malheureusement ce point de repère est aussi difficile à découvrir que les artères elles-mêmes; et je me suis assuré qu'il ne passe pas toujours à la même distance de la bifurcation. » Il conseille de chercher l'artère au niveau de la grande corne hyoïdienne « repère tangible de premier ordre. »

« A ce niveau, dit-il, est le lien d'élection de la ligature. Ce lieu est encadré par le nerf grand hypo-

glosse en haut, et la veine thyro-linguo-faciale en bas. »

Nous ne discuterons pas les conclusions de Guyon. A. Richet et Farabœuf l'ont fait avec une autorité à laquelle nous ne saurions rien ajouter. L'anse de l'hypoglosse est un repère inutile et infidèle.

Certes, la grande corne de l'os hyoïde indiquée par Farabœuf est plus sûre, son rapport avec les carotides est constant. Il conduit sur l'artère juste au lieu d'élection entre la naissance de la thyroïdienne supérieure et des autres collatérales. Mais, il est délicat d'opérer dans cette région. La carotide externe est reliée par du tissu fibreux très dense à la carotide interne. Il faut une dissection laborieuse pour l'en séparer. Or, nous avons vu que toute cette région est le rendez-vous de veines qui, de toutes parts arrivent au confluent hyoïdien pour se jeter dans la jugulaire interne. C'est derrière l'espèce de rideau qu'elles forment, qu'il faut chercher l'artère. La grosse veine jugulaire elle-même, lorsqu'elle est distendue, peut venir au devant des vaisseaux artériels. De nombreux nerfs qui traversent la région, branche descendante de l'hypoglosse, laryngé supérieur, pneumogastrique, sont au contact ou au voisinage immédiat de l'artère. Tous ces organes peuvent être blessés pendant les manœuvres que nécessite la recherche de l'artère. De nombreux filets du sympathique qui cheminent sur les parois artérielles pour se rendre aux organes du médiastin et abordent les

vaisseaux en ce point, peuvent être fortement lésés ou même détruits au moment de la dénudation. Il est inutile d'ajouter que l'opération peut être rendue bien plus difficile par la présence de volumineux ganglions. On a décrit des cas de bifurcation tardive de l'artère carotide primitive dans lesquels on tomberait, en suivant ce point de repère, sur le tronc primitif et non sur la carotide externe.

Tous ces inconvénients sont évités si l'on aborde l'organe plus haut, sous le ventre postérieur du muscle digastrique. Ce faisceau musculaire a une forme et une situation invariables. Sa découverte est relativement facile. Ses rapports avec l'artère carotide sont absolument constants. On la trouve toujours sous sa face profonde. Sa valeur comme point de repère ne le cède en rien à la grande corne de l'os hyoïde et il a sur ce dernier pour la ligature de la carotide externe, de très gros avantages. Au niveau du digastrique l'artère est un peu plus profondément située qu'au niveau de l'os hyoïde. Mais dans cette région elle est complètement isolée, à peine quelques veinules l'accompagnent. Seule, la communicante intra-parotidienne des deux jugulaires peut être rencontrée. La carotide interne est plus profonde et plus interne. La veine jugulaire et les nerfs qui la suivent sont tellement éloignés qu'on ne les voit pas au cours de l'intervention. Ajoutons à l'avantage du procédé, que l'incision plus élevée se cache plus facilement sous la barbe et les plis du tégument rétromaxillaire.

Description du procédé opératoire

Pour réaliser l'asepsie, il est nécessaire de raser la barbe et aussi une partie du cuir chevelu. Le cuir chevelu n'est pas intéressé par le tracé de l'incision, mais en est très rapproché ; il pourrait souiller les instruments ou les doigts de l'opérateur qui s'y égareraient, à moins qu'on n'ait eu le soin, au cours de l'intervention, de fixer, selon la pratique du Docteur DOYEN, les champs aux lèvres de la plaie par des pinces-érignes.

La tête doit être légèrement renversée en arrière et la face tournée du côté opposé. On fait, du sommet de la mastoïde, à la grande corne de l'os hyoïde, une incision oblique qui rase l'angle du maxillaire. Ce tracé est un peu plus incliné que la ligne du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et répond à la projection sur les téguments du ventre postérieur du digastrique. Le bistouri divise la peau, le tissu cel-

lulaire, et, dans la partie inférieure de l'incision, les fibres du peaussier.

Des veines superficielles et les branches mastoïdiennes du plexus cervical superficiel sont facilement évitées. L'aponévrose qui relie le bord antérieur du sterno-mastoïdien à l'angle de la mâchoire, est coupée au ras de l'os. La glande parotide et l'angle postérieur de la sous-maxillaire qu'on découvre ainsi sont réclinées en haut et en avant. La veine jugulaire externe qui émerge de la parotide en ce point est coupée entre deux ligatures ou rejetée en arrière. La jugulaire antérieure est de même repoussée en avant.

Il ne reste plus qu'à récliner fortement en arrière le sterno-mastoïdien, pour découvrir sous sa face profonde un tendon nacré, rubanné, que des fibres musculaires débordent parfois en bas. C'est le ventre postérieur du muscle digastrique. Il se porte en bas et en avant croisant la direction du sterno-mastoïdien. Il est facile de le suivre sous l'angle de la mâchoire et la glande sous-maxillaire jusqu'à son attache hyoïdienne. Cela fait, on dissèque avec la sonde sa face profonde, d'avant en arrière, et l'on tombe infailliblement sur l'artère dont on sent et voit les battements. En suivant le tronc artériel, on rencontre un gros nerf blanc qui croise sa direction, c'est l'anse du grand hypoglosse. Sous lui, naissent les branches faciale et linguale. Les artères occipitale et auriculaire qui partent de la face postérieure ne sont visibles qu'après une dissection plus profonde. Tous les orga-

nes importants sont distants de l'artère. Il est très facile de la libérer des quelques veinules qui l'accompagnent. Quelquefois cependant, la veine communicante entre les jugulaires chemine à côté de l'artère : on peut la respecter et la récliner en arrière.

De volumineux ganglions inflammatoires ou néoplasiques peuvent encombrer la région, il faut les extirper ou, si l'on veut, au préalable, lier l'artère, les repousser en arrière. On place le fil, comme on veut, au-dessus ou au-dessous de la naissance du bouquet linguo-facial.

Lorsque la carotide se divise prématurément, on trouve toujours en haut, sous le muscle, la branche auriculo occipitale. On n'a qu'à suivre ce fil conducteur, il mène certainement au tronc primitif. On lie ce gros tronc, ou on cherche les branches séparément, elles passent toutes sous le digastrique et la dissection de sa face profonde les découvre infailliblement. Dans tous les cas, on peut lier par ce procédé chacune des branches isolément. Si l'on veut aussi s'attaquer à la thyroïdienne supérieure, cette incision n'est pas suffisante, il faut la prolonger légèrement en bas. On trouve dans l'angle inférieur la grande corne de l'os hyoïde et à côté le rameau cherché.

Le même procédé permet d'arriver sur la carotide interne. Une fois la carotide externe reconnue, on l'accole au ventre postérieur du digastrique ainsi que la grosse veine qui peut l'accompagner et on cherche **sous le muscle prondément et en avant le**

tronc carotidien interne. Descendre jusqu'à la bifurcation serait facile et sûr, mais on s'exposerait à trouver le pneumogastrique et la jugulaire interne.

En résumé, le procédé que nous venons de décrire donne un point de repère absolument sûr, il conduit directement sur l'artère et évite une recherche périlleuse au travers d'un réseau veineux, à côté de nerfs dont les rapports sont variables, et qu'il est toujours dangereux de blesser. Il précise et facilite les manœuvres opératoires,

OBSERVATIONS

de ligature de la Carotide externe

OBSERVATION I

**Epithélioma du nez propagé aux fosses nasales
et au frontal.**

B... âgé de 63 ans, entre à l'hôpital Tenon le 5 octobre 1910, salle Nelaton, numéro 8. Il a été opéré à l'hôpital Cochin, en 1906, d'un épithélioma du nez occupant la plus grande partie de la moitié droite : opération qui a consisté dans exérèse large, suivie d'autoplastie par la méthode indienne. Une récurrence, en 1908, nécessita une nouvelle intervention suivie d'une nouvelle rhinoplastie. La récurrence survient encore dans le courant de 1909. Le malade, négligent, laissa les lésions se développer et revint seulement alors qu'elles étaient extrêmement étendues.

dues. En effet, au moment de son entrée à l'hôpital Tenon, existait au niveau du grand angle de chaque œil une perte de substance arrondie, ouvrant largement les fosses nasales. Chacune de ces ulcérations était entourée d'un bourrelet épais, présentant sur son versant interne des végétations manifestement cancéreuses. Une zone d'infiltration considérable n'était que trop manifeste au voisinage de ces deux brèches. Les lésions s'étendaient à toute l'étendue du nez, jadis reconstituée, aux parties molles périnasales. L'inspection des fosses nasales montrait que le néoplasme avait pullulé au loin le long de la muqueuse. Un empâtement diffus, au niveau de la région frontonasale et des parties internes de l'orbite, indiquait que la tumeur offrait des connexions redoutables avec la partie antérieure de la base du crâne. Malgré des conditions aussi défavorables, une intervention fut tentée le 21 octobre 1910.

Pour rendre plus simples et plus précis les premiers temps de l'intervention on commença par pratiquer la ligature des deux carotides externes. L'opération fut faite par notre procédé habituel (procédé décrit dans cette thèse) qui fut exécuté sans aucun accident et avec une grande facilité, bien qu'il existât dans le voisinage immédiat de la carotide au dessus du digastrique des ganglions déjà volumineux et suspects dont la palpation n'avait cependant pas révélé l'existence. Ces ligatures préliminaires facilitèrent considérablement les premières manœuvres consistant à circonscrire le nez et les parties environnantes par une vaste incision, à diviser horizontalement les deux maxillaires au dessus de la voûte palatine et verticalement depuis le plancher de l'orbite jus-

qu'à la première section. Les sinus frontaux furent ouverts, leur paroi détruite, les parties molles orbitaires refoulées en dehors et l'on put extraire en bloc à peu près complètement, les deux masses latérales de l'ethmoïde, les parties adjacentes du frontal, une grande partie des deux massifs maxillaires supérieur et le nez. Les lésions purent être ainsi circonscrites en totalité. Malheureusement, au niveau de la lame criblée, s'était produite une petite ouverture aux méninges. Ce fut assez pour entraîner la mort du malade qui succomba au troisième jour emporté par une méningite. Le seul point à retenir de cette observation, au point de vue spécial qui nous intéresse en ce moment c'est la facilité très réelle apportée par l'ischémie faciale aux premiers temps de l'intervention.

OBSERVATION II

Epithélioma du nez propagé aux fosse nasales.

Mme V... entrée à l'hôpital Tenon, le 18 mars 1911, pour un épithélioma de la racine du nez propagé aux fosses nasales. Il s'agit d'une récurrence. La tumeur a été opérée très largement en 1908, à la maison Dubois, pour un cancer d'origine cutanée ayant pris naissance au niveau du grand angle de l'œil, et s'étant de là propagé aux paupières, à la conjonctive, aux voies lacrymales et au maxillaire. L'opération avait comporté l'extirpation du globe de l'œil et de la plus grande partie des paupières, l'évidement de l'orbite, la résection d'une grande partie du maxillaire supérieur gauche. La malade n'avait voulu consentir à aucune autoplastie consécutive.

La récédive survint au commencement de 1910, mais la malade attendit encore longtemps avant de s'en préoccuper. Aussi les lésions sont-elles considérables. Une tumeur assez volumineuse occupe la racine du nez, répondant à toute la partie osseuse du nez et s'étend à l'espace intersourcilier et même à la partie inférieure du front. Cette tumeur est très adhérente. Elle se continue avec une ulcération végétante occupant la partie supérieure de la cloison des fosses nasales, se prolongeant vers le sinus frontal et atteignant même la base du crâne. Pour essayer d'attaquer cette lésion, la ligature des deux carotides paraît une opération préliminaire utile. L'intervention a lieu le 23 mars 1914. La ligature des carotides n'offre pas de particularités en dehors du procédé employé. Cette ligature faite, toute la face offre une pâleur remarquable, indiquant l'ischémie résultant de la ligature des vaisseaux carotidiens. Cette ischémie permet d'exécuter, avec une facilité beaucoup plus grande, les premiers temps de l'intervention faciale.

Toute la tumeur est circonscrite par des incisions passant dans la région sous-orbitaire droite, au niveau du grand angle de l'œil droit, divisant le nez transversalement au-dessus des ailes du nez, sectionnant la cloison des fosses nasales d'avant en arrière, puis de bas en haut. Un peu de sang vient seulement au moment de la division des artères sus-orbitaires, au sortir de l'échancre sus-orbitaire. Ces artères pincées, les sinus frontaux sont ouverts, on constate qu'ils sont envahis à leur partie inférieure par le cancer. L'on se propose alors d'extirper la partie correspondante du frontal et, s'il se peut, ce qui reste de la tumeur. L'arcade orbitaire gau-

che est enlaidie avec la pince-gouge jusqu'à ce que la dure-mère soit mise à nu. La paroi postérieure des sinus frontaux et la cloison crânio-orbitaire gauche sont réséquées. La dure-mère est prudemment décollée au fur et à mesure à la rugine. Mais malheureusement, on constate que le cancer au niveau de l'ethmoïde a franchi la paroi crânienne et que la dure-mère est largement envahie. Aussi se borne-t-on à appliquer un tamponnement iodoformé. Les suites opératoires sont simples, il n'y a, en particulier à noter aucun phénomène méningé. Le détail à retenir de cette opération au point de vue qui nous occupe est la facilité certainement plus grande que l'on a eu d'aborder et de circonscrire les lésions pendant les premiers temps de l'intervention.

OBSERVATION III

Cancer d'origine gingivale propagé à la voûte palatine, aux fosses nasales et au nez.

Antoinette T..., âgée de 74 ans, entre le 13 février 1911, à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, n° 22. Elle présente un cancer des plus menaçants qui provoque d'intolérables souffrances. La tumeur a pris naissance sur la gencive du maxillaire supérieur, dans la région incisive. Elle s'est propagée à une grande partie de la voûte palatine, à la lèvre supérieure, aux fosses nasales, à la sous-cloison et aux ailes du nez. On perçoit des ganglions dans les régions sous-maxillaires et carotidiennes antérieures des deux côtés. L'âge avancé de la malade, son état général misérable, sa très faible résistance comman-

daient d'économiser scrupuleusement son sang. L'intervention eut lieu le 23 février 1911. Les ganglions furent extirpés à droite et à gauche, en même temps les carotides externes furent liées. Cette double ligature procura un ischémie si complète, que l'opération proprement dite ne fut qu'un jeu malgré l'étendue qu'il fallut donner à la résection faciale. En effet, l'intervention comporta l'ablation en bloc de la lèvre supérieure, en totalité des ailes du nez, de la cloison des fosses nasales, des deux maxillaires supérieurs sauf les planchers orbitaires, de la voûte palatine jusqu'à l'insertion du voile. En dépit de la fragilité du sujet, les suites furent excellentes et le 15 mars la cicatrisation de toutes les surfaces était complète.

OBSERVATION IV

Cancer de la langue, hémorragie grave, ligature de l'artère carotide externe.

Un homme de 50 ans, entre le 10 mars 1911, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 22, pour une hémorragie abondante et provenant de la cavité buccale, survenue la nuit précédente. Au moment de son entrée, l'hémorragie est à peu près complètement arrêtée et le malade émet seulement quelques crachats sanguinolents. Il n'est que trop facile de reconnaître la cause de cette hémorragie. Le sujet est en effet porteur d'un épithélioma de la langue. La tumeur a débuté plus d'un an auparavant au niveau de la pointe. Elle occupe actuellement toute la partie antérieure de l'organe et s'étend même au plancher de

la bouche. L'hémorragie s'est produite au fond d'une excavation creusée dans le néoplasme, à l'union de la langue et du plancher du côté gauche. La tumeur s'accompagne d'adenopathies cervicales volumineuses et bilatérales. Le sujet est pâle et offre un état général très médiocre. On peut le considérer comme inopérable.

Dans la nuit du 10 au 11 mars survient une nouvelle hémorragie qui est arrêtée presque complètement par le tamponnement. Le 11 mars, la ligature des deux carotides externes est pratiquée. L'intervention est identique des deux côtés : Incision oblique sur une ligne allant de la pointe de la mastoïde au corps de l'os hyoïde. On sépare la maxillaire du stémo-cleido-mastoïdien. On reconnaît la veine faciale et la veine jugulaire externe. On pénètre dans la profondeur en passant entre ces deux vaisseaux. On reconnaît le ventre postérieur du digastrique. Audessous de lui et au-devant de lui se trouvent des ganglions volumineux. On dissèque ce ventre du digastrique on le soulève quelque peu et immédiatement à sa face profonde, on aperçoit l'artère qui est isolée et liée. Réunion complète de la plaie sans drainage.

Le suintement sanguin qui persistait encore du côté de la bouche s'arrête immédiatement. Les suites sont des plus simples. Les plaies cervicales se réunissent par première intention. Les fils sont enlevés, le cinquième jour.

Dès le 2^e lendemain, le malade spontanément nous fait part du soulagement qu'il éprouve. Sa langue lui paraît plus mobile et ses souffrances sont fort atténuées. Cette amélioration s'accroît encore les jours suivants.

Neuf jours après, 19 mars, le malade sort de l'hôpital. Il y a une régression manifeste de la tumeur linguale.

L'ulcération s'est nivelée. On ne peut plus apercevoir le point qui avait saigné autrefois. La langue est devenue plus mobile.

OBSERVATION V

Cancer de la langue

R..., âgé de 68 ans, entre le 10 juin 1910, salle Nélaton, n° 7. Il est atteint d'un cancer de la langue, de dimensions considérables, occupant tout l'organe, largement ulcéré sur la partie gauche, s'accompagnant de ganglions bilatéraux. Les souffrances sont très vives. L'état général est déplorable. Aussi renonce-t-on à toute tentative d'intervention curatrice. Le 24 février 1911, on pratique la ligature bilatérale de la carotide externe. Il n'y a rien à noter de particulier dans la technique opératoire, conforme à celle qui est décrite dans cette thèse. Les suites opératoires eussent été parfaites si d'un côté il ne s'était produit un hématome qu'il fallût évacuer le lendemain, ce qui ne retarda guère la guérison. Car au bout de quelques jours le malade pût quitter l'hôpital. Ici encore se produisit une considérable amélioration au point de vue des souffrances et même de l'état local.

OBSERVATION VI

Cancer de la langue

P..., âgé de 70 ans, entre le 26 mai 1910, à l'hôpital Tennon, salle Nélaton. Il est atteint d'un cancer de la langue

ayant débuté du côté gauche, occupant actuellement presque toute la langue, largement ulcéré, saignant facilement, s'accompagnant d'adénopathies cervicales. L'état général du malade contre-indique toute intervention et l'on doit se borner au traitement palliatif. La ligature des deux carotides externes est faite le 15 juin 1910.

OBSERVATION VII

Cancer du Pharynx

Louis M..., 47 ans, entre le 3 juin 1910, salle Nélaton, numéro 15. Il est atteint d'un épithélioma bucco-pharyngé du côté droit, s'accompagnant d'adénopathies du même côté et de trismus néoplasique qui provoque d'effroyables souffrances. La difficulté d'écarter les mâchoires empêche d'étudier le détail des lésions. On peut s'assurer néanmoins que le voile du palais et la paroi latérale du pharynx autour de l'amygdale sont largement envahis. L'état général est mauvais. Le 24 juin, on pratique la ligature des deux carotides externes au niveau du bord inférieur du digastrique postérieur. Les suites en sont excellentes. Le malade est immédiatement soulagé, et, chose remarquable, le trismus diminue et la déglutition est beaucoup plus facile. C'est dans ces conditions que le malade nous quitte au bout d'une vingtaine de jours.

OBSERVATION VII

Cancer du voile du palais et du pharynx.

Emile T..., âgé de 51 ans, menuisier, entre à l'hôpital Tenon, le 17 mars 1911, salle Nélaton, numéro 5. Il est atteint d'un épithélioma très étendu et d'un diagnostic malheureusement trop facile ayant pris naissance au niveau du voile du palais et de là s'étant propagé aux parties adjacentes du pharynx. La tumeur occupe maintenant tout le voile du palais, les piliers postérieurs et antérieurs, l'amygdale, couvre les parois latérales du pharynx buccal et s'étend en avant jusqu'au contact des dernières dents. L'état général est mauvais, il y a des ganglions engorgés à droite et à gauche du cou dans les régions sous-mayillaires et carotidienne. La déglutition est notablement gênée, mais possible. Le sujet écarte assez difficilement les mâchoires. L'extirpation des lésions ne paraît pas réalisable et on se borne tant pour donner au malade un peu d'espoir que pour lui procurer une légère amélioration à pratiquer la ligature des artères carotides externes. Cette opération a lieu le 20 mars 1911 et toujours par notre procédé. Elle s'exécute avec une grande facilité et n'offre rien de particulier à noter. Les suites en sont d'une remarquable simplicité. Les plaies se réunissent par première intention et le malade peut partir guéri le 27 mars. Il est soulagé et enchanté. Il y a depuis l'opération une sorte de détente du côté du pharynx. Le sujet avale plus facilement et ses douleurs ont cessé momentanément.

Nous pourrions encore multiplier les exemples. Ils seraient sans intérêt. Dans ces quelques observations, nous ne nous sommes pas étendu sur l'opération elle-même de la ligature. Ainsi réglée, elle ne présente pas de difficulté. Nous avons voulu montrer simplement, combien nombreuses peuvent être ses applications et quels grands services elle peut rendre à l'opérateur et au malade.

CONCLUSIONS

La ligature de l'artère carotide externe est entrée aujourd'hui dans la chirurgie courante, qu'elle soit faite préalablement à une opération plus considérable, ou qu'elle constitue, à elle seule, toute l'intervention.

Pour faire cette ligature, le ventre postérieur du muscle digastrique est un repère sûr qui permet d'arriver sur l'artère facilement et sans danger.

Vu : *Le Président de thèse,*

HARTMANN.

Vu : *Le Doyen,*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.



BIBLIOGRAPHIE

COOPER (Astley). — Œuvres chirurgicales complètes,
1837, page 550.

VELPEAU. — Traité de médecine opératoire, 1839, T. II.

MAISONNEUVE. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1847,
pages 400 à 407.

CHASSAIGNAC. — Bulletin de la Société de chirurgie,
1849, page 493.

GUYON. — Recherches sur la ligature de la carotide ex-
terne. Mémoire de la Société de chirurgie, 1864,
T. VI.

A. RICHEL. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie,
1867.

FARABŒUF. — Précis de manuel opératoire.

POIRIER, CHARPY, CUNÉO. — Traité d'anatomie humaine.

SEBILEAU. Démonstrations d'anatomie.

MORESTIN. — Traitement de la névralgie faciale. Rapport
au congrès français de chirurgie de 1908

MORESTIN. — De la ligature de la carotide externe sur le
vivant. Communication au congrès français de
chirurgie de 1909.



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRI
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e)



